



**Quelles alternatives pour
l'avenir de notre système de
santé ?**

1 Le service public de santé

1.1 Les principes

En préambule, il est intéressant de noter que les pays qui offrent à leur population la plus longue espérance de vie (Suède, Japon) se trouvent aussi être ceux où la différence entre revenus et classes sociales est la plus faible. Il apparaît donc évident que tout ce qui concourt à la cohésion sociale contribue à améliorer la santé de l'ensemble de la population. A contrario, les pays où les écarts de revenus sont les plus importants et où une proportion élevée de la population est exclue de l'accès aux soins (Etats-Unis) ont des indicateurs médiocres dans ce domaine.

Le système sanitaire doit être à même de répondre à l'ensemble des besoins de santé des populations dans le sens de la charte d'Ottawa de l'Organisation Mondiale de la Santé (première conférence internationale de promotion de la santé -1999-) qui définit la santé comme « *une ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu et de s'adapter à celui-ci* ». Par milieu, il faut comprendre l'environnement familial, social et de travail. Ce dernier est un élément fondamental de la construction identitaire de l'individu. Il est structurant en matière de santé publique.

L'accès à la santé est un droit pour chaque individu dans notre société. Au même titre que le droit à l'éducation, au logement, à l'énergie, etc., bref à tout ce qui est nécessaire pour vivre et se développer. Mais c'est aussi un devoir pour tous que de l'assurer à tous. Et puisque c'est à la Nation, tout entière, d'assurer cet accès à la santé, c'est à son émanation démocratique, l'Etat, qu'il revient de garantir à chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, son lieu de résidence et son origine, l'accès à des soins de qualité dans le cadre de la solidarité nationale qui est le socle fondamental de la Sécurité Sociale, en particulier de l'Assurance Maladie, telles qu'elles ont été conçues à la Libération sur la base du programme du Conseil national de la résistance et, au-delà, qui est le ciment de la République.

Il s'agit de mettre en place un véritable Service public de santé financé et régulé par les cotisations sociales, car elles sont assises sur la création collective de richesses, et non sur l'impôt. Ce service public doit s'appuyer sur des services départementaux, régionaux et nationaux relevant de la Fonction publique avec des personnels sous statut, ce qui garantit leur indépendance.

Il faut donc rompre avec l'idée que la santé n'est qu'une charge, d'autant qu'elle est fortement créatrice de richesses. Outre la problématique des moyens, il s'agit d'une question d'organisation, de régulation du fonctionnement et, en permanence, de recherche. C'est au surplus une question d'éthique.

1.2 L'organisation générale du système

La région organisée en territoires de santé¹ est le cadre le plus pertinent pour évaluer les besoins et assurer une régulation des réponses au plus près de la population. Cependant pour éviter des avantages ou des désavantages de situation, une régulation nationale forte est nécessaire pour réduire les inégalités de santé entre les territoires.

Si l'objectif d'un pilotage régional des secteurs de la santé et du médico-social prévu par les Agences régionales de santé (ARS), peut être considéré comme une avancée, la conception de ces structures souffre de deux handicaps rédhibitoires : une gouvernance ne laissant quasiment aucune place à l'expression démocratique et l'absorption de structures de la sécurité sociale dont la logique est uniquement centrée sur une prise de contrôle des finances de cette institution. Nous maintenons donc notre revendication d'une organisation de la démocratie sanitaire au niveau des territoires. Pour cette raison, nous ne pouvons accepter les ARS dans leur forme actuelle et nous demandons à ce que soient conservées les structures qui sont en train de disparaître, comme les DDASS (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale) et les DRASS (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale), mais dont la pertinence de l'existence conserve une actualité.

Pour prendre à bras le corps ce problème de démocratie, nous proposons la mise en place de Chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des professionnels et organisations syndicales de salariés, des associations de patients, les organismes de sécurité sociale et les services déconcentrés de l'Etat. Ces structures doivent se décliner au niveau départemental et régional. Une structure nationale aura un pouvoir de contrôle sur l'activité de ces chambres pour permettre l'harmonisation de l'organisation du système de santé sur l'ensemble du territoire.

¹Zone de taille variable en fonction des spécificités locales : nombre d'habitants, particularités des populations, géographie, transport...

Ces structures auraient pour mission d'organiser l'ensemble du dispositif sanitaire au sein des territoires, réunissant les structures médico-sociales, les soins de santé primaire², l'hospitalisation ainsi que, la santé au travail, et en y intégrant à tous les niveaux la prévention, aujourd'hui isolée et donc embryonnaire. Les missions qui incomberont aux chambres régionales seront notamment la planification et la régulation de la formation et de l'installation des professionnels, l'évaluation des besoins en structures et équipements sanitaires ainsi que des politiques de santé et des programmes de santé publique.

Le pilotage du dispositif est dévolu aux services déconcentrés de l'Etat (DDASS et DRASS que nous proposons de maintenir en lieu et place des ARS) qui doivent être renforcés afin de pouvoir remplir correctement leurs missions : pilotage et mise en œuvre des programmes, organisation de la formation des professionnels de santé, contrôle de la qualité des soins, articulation des politiques sanitaires et sociales en lien avec les collectivités locales. Par ailleurs dans un contexte de santé globale, ils doivent mieux prendre en compte l'évolution de l'environnement, notamment en ce qui concerne la qualité de l'eau, de l'air et de l'habitat dans l'objectif de développer la prévention et de mettre en œuvre des solutions pour préserver la santé publique.

Afin de pouvoir mettre en œuvre ces mesures, il est nécessaire que les modalités d'attribution des enveloppes budgétaires soient radicalement modifiées. Par exemple pour l'hospitalisation, la mise en pratique de la tarification à l'activité a instauré une logique purement comptable que nous dénonçons dans sa forme actuelle d'inspiration purement libérale. Elle constitue une grave menace pour un avenir proche par l'avantage qu'elle donne de fait aujourd'hui aux cliniques privées lucratives. En ce qui concerne l'activité de ville, la rémunération exclusive à l'acte, centré autour du curatif, ne permet ni une prise en charge globale, ni de répondre aux besoins de plus en plus diversifiés des patients. Nous proposons d'étudier la piste d'une rémunération contractualisée sur la base d'objectifs de santé publique et non plus d'objectifs financiers.

² Terme mis en avant par l'Organisation mondiale de la santé pour désigner le premier niveau de recours sanitaire sur la base des principes suivants : accès universel et couverture en fonction des besoins, garantie d'une équité dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale, participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé, approche intersectorielle de la santé.

Ces objectifs de santé publique sont construits à partir d'une moyenne nationale ajustée par les Chambres territoriales en fonction des caractéristiques démographiques, sociales, sanitaires des populations et des configurations géographiques des territoires.

Cette approche est la meilleure garantie d'un traitement équitable de tous.

En résumé, l'élaboration des choix permettant de répondre aux besoins de la population concerne les Chambres territoriales de santé, le pilotage et la mise en œuvre est sous la responsabilité des services de l'Etat dans les départements et les régions, le financement des prestations est assuré par les organismes de sécurité sociale dans le cadre d'une contractualisation.

1.3 La formation des professionnels

Dans ce domaine, les réponses apportées tant par la réforme de la première année des études médicales que par le passage en catégorie A des infirmières représentent des mesures partielles sans logique globale à long terme.

Le concept d'Université de santé apparaît le plus pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels vers une approche coordonnée des problèmes de santé. Comme le préconise l'OMS, il nous semble évident que « pour travailler ensemble, les professionnels de santé doivent bénéficier de bases de formation communes ».

La reconnaissance de l'ensemble des formations aux métiers de la santé dans le cursus universitaire -Licence Master Doctorat- apparaît donc comme une nécessité. Elle permettrait par ailleurs la mise en place de passerelles au niveau des différents métiers, tant en formation initiale qu'en formation continue, y compris dans le cadre des dispositifs de validation des acquis et de l'expérience (VAE). Elle permettra aussi une nouvelle reconnaissance des statuts et des salaires.

Pour autant, il apparaît essentiel de créer de nouvelles formations, tant au niveau de la spécialisation des infirmières que de la professionnalisation de nouveaux métiers, notamment dans le domaine du vieillissement et de la dépendance.

Il faut également en finir avec des quotas de formation ou *numerus clausus* ne prenant pas en compte la réalité des besoins croissants de la population. Une politique nationale de formation, de reconnaissance des qualifications et

de valorisation des emplois des métiers de la santé doit constituer une priorité.

Qui dit formation, dit également condition d'études. Alors que des dizaines de milliers de jeunes s'inscrivent dans ces filières, un trop grand nombre sont découragés dès les premiers pas. Les taux d'échec au concours sont parlants. Par ailleurs, l'abandon en cours d'études n'est pas négligeable. L'exemple des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) est parlant : quota annuel de 30 000 places, 24 000 étudiants intégrés en première année et 21 000 diplômés au bout de 3 ans. Comment se fait-il qu'alors que près de 60 000 jeunes souhaitent intégrer ces formations, 6000 places ne soient pas remplies et que plus de 10 % des étudiants abandonnent en cours d'études ? Une des réponses que nous proposons est d'instaurer un statut d'étudiant de santé salarié sous contrat avec engagement de service. Cette rémunération sera modulée en contrepartie d'un engagement d'exercice futur dans le service public et dans des territoires prioritaires.

Par ailleurs, la formation continue des médecins ainsi que la recherche médicale qui dépendent actuellement quasi exclusivement de l'industrie pharmaceutique devraient s'inscrire et s'organiser dans le cadre de l'université.

2. Une organisation en réseau : du centre de santé au CHU

2.1 Les différents niveaux de réponse

Le système actuel est caractérisé par plusieurs défauts :

- une coupure plus ou moins franche entre la médecine de ville et l'hôpital, malgré l'existence de nombreux « réseaux », parfois plus virtuels qu'efficaces ;
- une absence de régulation de l'installation des professionnels entraînant des disparités flagrantes sur l'ensemble du territoire avec de véritables zones sinistrées en termes de démographie médicale, mais aussi de structures d'accueil. Sans faire l'impasse sur l'étude approfondie des besoins en fonction, entre autres, des particularités géographiques (zones montagneuses par exemple) ou démographiques (personnes âgées moins mobiles et nécessitant peut-être plus que d'autres la présence de solutions de proximité ;
- un exercice isolé qui ne correspond plus ni à l'attente des professionnels, ni à une offre sanitaire de qualité ;

- un système de rémunération à l'acte inflationniste et ne prenant pas en compte la diversité de l'exercice de la médecine de proximité.

Nous proposons plusieurs niveaux de réponse organisés en réseau :

1. Les centres de santé
2. Les centres hospitaliers généraux
3. Les établissements publics de psychiatrie de secteur
4. Les CHU (centres hospitaliers universitaires) et CHR (centres hospitaliers régionaux)

Ces différents niveaux doivent être en lien en permettant à des praticiens d'exercer simultanément à plusieurs niveaux (par exemple praticien hospitalier donnant un temps sur la maison de santé).

L'idée générale s'inspire de la sectorisation psychiatrique où une même équipe assure la continuité des soins : prévention, soins et suivi. Il faut dépasser l'idée que la santé serait limitée aux seuls soins, ce qui nécessite de réinterroger la place centrale du paiement à l'acte. Beaucoup de missions des professionnels de santé comme la prévention, l'éducation pour la santé doivent pouvoir reposer sur d'autres modes de rémunération. D'un autre côté, une coordination entre les professionnels est indispensable pour assurer une couverture territoriale correcte répartie en fonctions des besoins et permettant d'assurer la permanence des soins et le système de garde de proximité. Il s'agit d'assurer un accès équitable aux soins pour éviter les actuelles disparités territoriales et locales aggravées par la baisse de la démographie médicale et paramédicale.

Améliorer la prise en compte des questions de santé au travail : les risques professionnels et psychosociaux, la précarité économique et sociale auxquels un individu est confronté ont des incidences sur la santé.

Les professionnels de santé doivent être formés à cette approche. Des consultations de psychopathologie du travail seront organisées dans certaines maisons de santé ou centres hospitaliers ; la collaboration entre médecins du travail, médecins traitants, médecins conseils des caisses primaires d'assurance maladie est à favoriser ; le dépistage et la reconnaissance des maladies professionnelles et des accidents du travail doit être développée.

La même approche doit être adoptée vis-à-vis des problèmes liés à l'environnement

Le premier niveau suppose de généraliser, partout, dans tout le pays, des Centres de Santé.

2.2. Le centre de santé

C'est une structure de soins de proximité qui aurait un rôle pivot dans le dispositif, avec les missions suivantes :

- Assurer la continuité des soins et faciliter l'accès aux soins sur le territoire de santé, y compris auprès des spécialistes.
- Assurer une coordination des professionnels, notamment entre la ville et l'hôpital, autour du patient. Ceci supposerait que soient garantis des temps suffisants de rencontre entre les professionnels, ce qui est actuellement impossible dans la logique du paiement à l'acte en ville et du fonctionnement en flux tendu à l'hôpital.
- S'acquitter de missions de prévention et d'éducation pour la santé.
- Evaluer les besoins de santé et d'avoir une position d'expertise pour les décideurs, les élus et l'Assurance maladie pour les réponses locales à y apporter.
- Coordonner et garantir la permanence des soins impliquant les professionnels libéraux de proximité.

L'équipe définie par voie réglementaire serait pluridisciplinaire comprenant des médecins, des paramédicaux, mais aussi ouverte sur d'autres compétences sociales et médico-sociales, permettant une prise en charge globale, source d'efficacité sociale et économique.

Toutes les spécialités ne pourront pas être représentées mais un financement devrait être prévu pour intégrer en priorité des spécialités non accessibles sur le secteur. Pour les soins ou les prestations non disponibles sur la place il est nécessaire de s'appuyer sur l'existant, public comme privé, ainsi que sur le secteur médico-social. En cela les centres de santé s'inscrivent dans une logique de réseaux.

Ceci nécessite non seulement des liens mais aussi une participation, voire une intégration dans les centres de santé des professionnels ayant des missions de santé publique : service de santé publique, médecine scolaire, équipe de protection maternelle et infantile (PMI), de santé au travail, équipe de psychiatrie ...

Les centres de santé gérés par les municipalités ou des mutuelles peuvent servir d'exemples. Cependant leur mode actuel de financement n'est pas satisfaisant et une contractualisation avec les financeurs (Sécurité sociale et Etat) doit permettre de prendre en charge les frais de structure et les missions de santé publique. En effet, les conséquences de la décentralisation et les initiatives prises par les collectivités locales en dehors de leur champ strict

de compétence entraînent un transfert de financement de l'assurance maladie vers les impôts locaux qui n'est pas acceptable.

Par ailleurs dans le cadre de l'exercice indépendant, les centres de santé permettent de faire progressivement rentrer une autre forme de rémunération des praticiens, mieux adaptée aux pratiques et aux besoins actuels, ce qui permettrait aux généralistes de consacrer du temps au suivi de leurs patients à l'hôpital et à des actions d'éducation pour la santé.

Nous proposons dans une période transitoire les modalités suivantes :

- Par principe ouvert à tous les professionnels de santé du territoire quel que soit leur statut.
- Le mode de participation serait celui de la contractualisation.
- Pour les médecins hospitaliers cette participation peut rentrer dans le cadre de leur statut ; pour les actuels libéraux, la rémunération pourrait correspondre soit à un temps partiel salarié, soit à un autre mode de rémunération, sous forme d'honoraires correspondant à une prestation forfaitaire par exemple.
- Toute forme de rémunération à l'acte est exclue dans ce cadre. Il ne s'agit pas en effet d'être en concurrence avec le secteur libéral qui doit être partie prenante des maisons de santé mais de prendre en compte des pratiques ou des missions de santé que les médecins ou les autres professionnels de santé ne peuvent actuellement réaliser dans le cadre du paiement à l'acte.

Les centres de santé peuvent également mettre à disposition des équipements techniques coûteux dont l'acquisition serait assurée par la Chambre territoriale de santé. De plus, les maisons de santé peuvent être adossées, dans certains cas, à des structures hospitalières locales assurant la prise en charge des urgences de proximité, l'hospitalisation de pathologies simples ainsi que les soins de suite.

Le but est de faire des centres de santé un dispositif attractif pour les professionnels, mais sans concession sur des questions éthiques. Il serait dangereux que les Maisons de Santé dans un contexte de médecine à deux vitesses deviennent des dispensaires pour les plus pauvres.

Il ne s'agit pas de s'attaquer en soi au fonctionnement libéral pour des raisons idéologiques mais d'inscrire le soin dans une logique de santé globale ; l'acte technique doit être intégré à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux. Une consultation de gynécologie doit être articulée avec le planning familial. Pourquoi ne pas imaginer un

accompagnement infirmier à domicile pour certains patients, par exemple lors de la mise en place d'un régime ? Ne pourrait-on pas envisager aussi des groupes de parole ou un accompagnement des familles pour des patients en fin de vie...

Il est indispensable que les centres de santé soient des lieux d'échanges autour des situations cliniques, humaines et sociales que rencontrent les professionnels.

2.3. Les centres hospitaliers généraux.

Au sein de chaque territoire de santé doit se trouver un hôpital général comprenant une activité de médecine et de chirurgie dans les principales spécialités, un service d'accueil des urgences (SAU), un SMUR ou une antenne SMUR, une maternité, une équipe de psychiatrie ainsi que des structures fixes et mobiles pour l'hospitalisation à domicile, la gériatrie, les soins de suites, les soins palliatifs.

L'hôpital doit rester organisé en services, son organisation repose sur 3 niveaux :

- intraservice,
- interservices,
- extrahospitalier.

A l'intérieur du service, il faut développer les échanges au sein de l'équipe. Permettre des temps de chevauchement entre équipes successives pour faciliter les transmissions. Ceci suppose une disponibilité de temps et des lieux où l'équipe puisse se réunir pour une transmission réellement transdisciplinaire. Il faut redonner une place centrale au collectif de travail permettant la participation de chacun au plan de soins du patient. Cet échange a aussi une fonction de formation et de soutien psychologique pour l'équipe, il peut être renforcé par des groupes de paroles.

Il s'agit de développer toutes les compétences en associant les malades eux-mêmes à leur projet de soins.

Cette organisation suppose une continuité de la présence des équipes qui va à l'encontre de la mobilité du personnel préconisée par le management qui cherche à remplacer les moyens humains par des modes opératoires de type « industriel ».

Le fonctionnement clivé des services a créé une insatisfaction et des dysfonctionnements, mais les pôles d'activité sont une mauvaise réponse. La coopération entre services ne doit pas être liée à une optique gestionnaire. Les liens entre services doivent être pensés en termes de complémentarité et d'échanges de compétences. La mutualisation des personnels sur plusieurs services empêche le développement des collectifs de travail définis plus haut.

Les liens avec l'extérieur et la médecine de ville doivent être favorisés. Les centres de santé peuvent avoir un rôle important dans ces liens comme nous l'avons vu donnant la disponibilité nécessaire pour les professionnels qui y travaillent. Il s'agit de promouvoir la cohérence des projets de soins en intégrant la prévention, l'éducation pour la santé au-delà de l'hospitalisation. La place des associations de patients doit y être reconnue.

Par ailleurs, les deux arguments de la qualité et de la démographie médicale utilisés pour fermer les structures de proximité – notamment de chirurgie – ne sont pas pertinents. D'une part, la qualité ne peut se concevoir en nombre d'actes par structures mais bien en nombre d'actes par professionnel. Par ailleurs, le regroupement sur des structures de grande taille peut également être source de dysfonctionnements majeurs au-delà de certains seuils. De plus, la concentration des patients pose de véritables problèmes en termes d'infections nosocomiales, une des priorités affichées de santé publique. Du côté de la démographie, nos propositions évoquées plus loin concernant le mode d'exercice des professionnels apportent des réponses pertinentes tant en terme de qualité, que de bonne répartition géographique des moyens.

2.4. Les Etablissements publics de psychiatrie de secteur (EPPS)

La psychiatrie de secteur est une approche globale des besoins de santé qui s'occupe de la prévention, du soin et de la postcure. Les hôpitaux psychiatriques contrairement aux autres hôpitaux ont à gérer une partie importante de structures d'alternatives à l'hospitalisation.

Pour éviter une référence systématique à l'hôpital, nous proposons la généralisation de l'appellation d'Etablissement public de psychiatrie de secteur (EPPS).

L'ensemble des structures de soins de psychiatrie d'un département, quel que soit leur lieu d'implantation (structure de soins dans la cité, hôpital général, hôpital psychiatrique) serait géré par cet établissement public, pour assurer une attention et une cohésion à l'ensemble du dispositif de psychiatrie d'un département. Seul un dispositif de ce type peut permettre

que les secteurs de la psychiatrie implantés dans les hôpitaux généraux ne subissent pas une fuite de leurs moyens.

2.5. Les CHU et les CHR

En cinquante ans, les CHU se sont fortement inscrits dans le paysage hospitalier français : leur rôle régional est majeur. Ils constituent, dans chaque région, l'établissement de référence. Les CHU assurent aussi la formation initiale et continue des médecins. Ils ont un rôle moteur dans le progrès de la recherche.

La capacité à traiter aujourd'hui des maladies rares et, demain des maladies encore plus rares, le coût grandissant de la recherche (en 30 ans le coût moyen de l'effort de recherche conduisant à une publication de niveau international a été multiplié par 50), nécessite de développer des pôles de recherche publique de haut niveau, notamment en développant les synergies entre plusieurs CHU et CHR. Il y va de l'excellence de la recherche en santé dans notre pays et de l'emploi dans ce domaine d'avenir.

Dans ce domaine, la conjonction de la mesure concernant la création des Instituts hospitalo-universitaires et de la réforme des universités ne répond absolument pas aux mêmes objectifs. Ces mesures sont basées sur une vision élitiste de concentration de moyens sur un modèle universitaire et médical anglo-saxon, caractérisé par des inégalités majeures. De plus le désengagement financier de l'Etat et l'adossement de ces nouvelles structures à des fondations qui seront financées par l'industrie, essentiellement pharmaceutique, rendra la recherche de plus en plus dépendante d'objectifs strictement financiers.

3. Le mode d'exercice des professionnels et des établissements de santé.

Afin de faire fonctionner ce dispositif, nous sommes obligés de sortir du système actuel de « liberté d'installation » et de « rémunération à l'acte ». Cette remise en cause est nécessaire, ce d'autant que les différentes mesures proposées ces dernières années pour tenter de corriger les dérives du système se sont révélées inefficaces. Nous ne proposons pas un système étatisé à l'anglaise, mais une modification des modes d'installation et d'exercice permettant de répondre à la fois aux besoins de la population et aux aspirations des professionnels, notamment en termes de qualité et de choix d'exercice.

3.1. Pour les professionnels

Nous proposons donc deux types d'exercice avec si possible une généralisation de l'activité mixte :

3.1.1. Un exercice indépendant

Basé sur une relation contractuelle avec la Chambre territoriale ou régionale de santé et une rémunération forfaitisée sur la base de contrats définissant les actions de santé à mettre en œuvre par le praticien. Il ne s'agit en aucun cas d'uniformiser les rémunérations puisque chaque praticien aura le choix de contractualiser ou pas sur les différentes missions proposées. Par contre, l'installation sera conditionnée d'une part à l'existence d'un besoin sur le territoire et au fait que l'ensemble des missions définies par les chambres de santé soit bien respecté. De fait l'installation sera conditionnée à l'existence de lieux d'exercice proposés par les chambres de santé.

Il serait illusoire d'avancer de tels projets sans mettre sur la table la disparition officielle de la possibilité de s'installer en cabinet libéral pour les futures générations d'étudiants en médecine. Ce chantier nécessite un profond changement des mentalités des praticiens.

Il nous apparaît indispensable que tous les médecins exerçant dans les centres de santé travaillent également une partie de leur temps (une demi à une journée par semaine, voire plus) dans l'hôpital général du territoire. Il en va de l'intérêt tant du patient (lien entre les soins primaires et l'hôpital) que du professionnel (contacts avec d'autres spécialistes, formation continue).

3.1.2. Un exercice salarié à l'hôpital ou dans d'autres structures de santé.

Nous préconisons un seul statut de médecin salarié, ce qui permettrait des passages plus faciles d'un employeur à l'autre. Par ailleurs, l'exercice multi sites semble une nécessité afin que ce soit plutôt le médecin qui aille vers le patient que le contraire. En effet, du fait des problèmes actuels de démographie qui vont peser sur le système pendant une assez longue période, il semble opportun d'examiner la meilleure organisation prenant en compte la mise en place de consultations spécialisées dans les centres de santé, la possibilité de soins spécialisés ambulatoires dans les hôpitaux locaux ou généraux, la continuité de la prise en charge entre les soins aigus dans un centre spécialisé mais éloigné et les soins de suite dans une structure de proximité...

L'activité des professionnels spécialisés sur plusieurs sites est d'autant plus pertinente qu'il s'agit d'un mode de fonctionnement courant dans le secteur privé lucratif où l'argument taille/qualité ne se pose visiblement pas dans les mêmes termes pour les « experts » qui préconisent la suppression des maternités et des blocs opératoires dans les hôpitaux publics de proximité.

Enfin, il conviendrait de mettre en place une extension de missions de l'hospitalisation à domicile (HAD) avec des équipes dépendant des hôpitaux, dotées de personnels qualifiés pour assurer le retour à domicile des patients, tout particulièrement les personnes âgées. Ces missions ne doivent pas être assurées par le système associatif, reposant sur une bonne part de bénévolat, cachant mal la sous-qualification des personnes embauchées et la précarité de leurs emplois. Cette activité sera en lien avec les centres de santé.

3.2. La question du secteur de l'hospitalisation privée lucrative

L'existence de ce secteur a été « justifiée » par une offre supplémentaire assurant la « liberté de choix du patient ». Aujourd'hui cet argument n'est plus valide. En effet, les réorganisations sanitaires ont souvent pour effet de substituer des structures privées lucratives aux structures publiques, ne laissant plus le choix au patient.

Il faut insister sur le fait que la France est le pays d'Europe où la part de l'hospitalisation privée lucrative est la plus importante (34 % du marché). Elle est même dominante dans le secteur de la chirurgie où elle assure 60 % de l'offre. Dans ce domaine, notre pays est à la pointe et constitue un laboratoire intéressant de la privatisation de l'offre de soins hospitalière qui intéresse fortement les investisseurs. Il n'est pas anodin que Vitalia, le deuxième groupe d'hospitalisation privée français, soit détenu par un fonds de pension américain. Le choix de ce type d'investisseurs ne se fait que dans des secteurs où les promesses de rentabilité et de retour sur investissements sont fortes.

Il faut être clair. Le financement de l'ensemble du système est assuré par la l'assurance maladie, c'est-à-dire par les assurés sociaux. La santé ne peut pas être un service marchand source de profit et les hôpitaux n'ont pas pour mission première de contribuer au développement du marché.

Dans ce cadre, nous proposons dans l'immédiat de laisser la liberté de créer des structures sur initiative individuelle à partir du moment où elles

répondent à des besoins. En revanche, il nous semble logique d'interdire toute possibilité de réaliser des bénéfices versés à des actionnaires et d'imposer que les marges de financement dégagées soient obligatoirement réinvesties dans le domaine de la santé. Pour être plus clair, nous proposons de ne conserver, à côté d'un service public pivot, qu'un mode de fonctionnement correspondant au secteur privé à but non lucratif dont l'avenir semble fortement menacé dans le cadre des réformes actuelles qui instaurent une concurrence frontale entre le secteur public et le secteur privé lucratif, en ignorant ses spécificités. Cette dualité du système n'a pas forcément vocation à perdurer et il nous semble approprié d'envisager dès maintenant une convergence dans un délai rapproché pour aller vers un statut unique qui serait celui d'un service public rénové et démocratisé.

3.3. Les questions d'éthique et de liberté

Il est essentiel d'affirmer la nécessité d'assurer l'indépendance de chaque professionnel de santé dans l'exercice de son métier. La relation de confiance patient/professionnel ne peut exister qu'à cette condition. Il découle de ce principe qu'aucun professionnel de santé ne peut s'inscrire dans une démarche de contrôle social des individus et/ou des populations.

De la même manière, il ne faut pas confondre les outils nécessaires aux professionnels pour assurer une prise en charge coordonnée des patients et données de santé utilisables à des fins commerciales ou de contrôle individuel et/ou collectif. Dans ce cadre, le dossier médical partagé (DMP) tel qu'il est conçu actuellement ne répond pas aux besoins des patients ni à ceux des professionnels.

Nous réaffirmons que doit disparaître définitivement l'autorisation accordée à certains médecins hospitaliers d'avoir une activité privée lucrative au sein de l'hôpital. Cette pratique s'étend de plus en plus à l'heure actuelle et crée, elle aussi, d'insupportables inégalités d'accès aux soins. De graves dérives voient le jour et ont d'ailleurs fait l'objet d'une médiatisation il y a peu de temps.

Enfin nous estimons nécessaire la suppression des ordres professionnels. L'histoire et le fonctionnement de l'ordre des médecins montrent bien que ce type de structures a été mis en place pour contourner une représentation professionnelle démocratique, notamment syndicale. La volonté récente d'étendre ce mode d'encadrement professionnel aux autres professions de santé, notamment aux infirmières a rencontré une vive opposition. En effet les professionnels concernés, ayant à plus de 80 % un statut de salariés,

n'ont vu aucun intérêt à la création de cette structure et ont rapidement décryptés les objectifs de la manœuvre. Aujourd'hui plus que jamais, l'existence de l'ordre des médecins revient sur la table du fait des évolutions sociologiques dans la profession, notamment de l'augmentation de la part du salariat. Nous proposons que les salariés soient donc soumis au régime de droit commun du Code du travail et des conventions collectives. Pour les travailleurs indépendants, la création de chambres syndicales professionnelles leur permettrait ainsi de rejoindre le mode de représentation des autres professions à statut individuel.

4. La prise en charge de la perte d'autonomie

Pour nous, la question de la « dépendance » ne peut être dissociée de celle de la définition de la santé que nous mettons en avant. C'est la raison pour laquelle nous considérons qu'il faut parler d'aide à l'autonomie, question de santé qui ne se limite pas aux personnes âgées et qui doit constituer un droit nouveau pris en charge par la Sécurité sociale.

Dans le cadre d'une prise en charge globale, dissocier le soin de l'hébergement ne nous paraît pas pertinent. Ce d'autant que l'aspiration de la majorité des personnes âgées est de rester le plus longtemps possible à leur domicile. Ce dont nous avons besoin ce n'est donc pas de créer une branche supplémentaire de la Sécurité sociale mais bien de financements supplémentaires.

En effet le risque d'individualiser la prise en charge de la « dépendance » est de faire sortir du champ de l'Assurance maladie les pathologies chroniques multiples qui concourent à l'installation d'une perte d'autonomie. Quand on sait aujourd'hui que ce que la Sécurité sociale appelle dans son jargon les « affections de longue durée » représentent 61 % de ses dépenses, on imagine tout de suite les « économies » qui pourraient être réalisées en sortant une partie de cette prise en charge de son domaine et en la faisant prendre en charge pour une assurance « dépendance ».

La manière dont la question a été abordée ces dernières années montre bien les dérives actuelles. La séparation de l'hébergement et du soin a permis l'ouverture d'un marché très lucratif que certains qualifient même « d'or gris ». Plusieurs groupes dominent ce marché avec des taux de croissance annuels de leur chiffre d'affaires de près de 10 % et une excellente rentabilité. Ils ont pour nom Orpéa-Clinéa, Korian ou encore Médica France. Ce qui est encore plus choquant est les conflits d'intérêt avec des

dirigeant, comme ceux de Korian qui après avoir dirigé des hôpitaux publics où ils ont fermé massivement les structures hospitalières appelées à l'époque de long séjour, prenant en charge justement des personnes âgées dépendantes, se sont réorientés vers le secteur privé lucratif pour développer une offre de substitution à ce qui n'existait plus dans le secteur public. Pour les personnes âgées et leur famille, les conséquences financières sont particulièrement douloureuses avec des tarifs qui sont en moyenne de 2200 euros par mois et peuvent dépasser 3000 euros alors que la retraite moyenne est à 1200 euros.

Quand on parle d'assurance « dépendance », on voit poindre le nez des groupes d'assurance qui voient là un marché juteux qui peut s'ouvrir pour eux. Cette hypothèse est d'autant plus crédible face à l'antienne de la nécessité de réduction des déficits publics.

Il faut être clair la prise en charge de la dépendance dans le cadre de la sécurité sociale et plus particulièrement de l'Assurance maladie nécessite d'augmenter la part du PIB qui est consacrée de 1 à 1,5 points d'ici 2025³. L'effort est donc très modéré et très loin des prévisions des Cassandre qui nous expliquent que c'est impossible face au dogme de la « réduction des déficits publics ».

³ Projections du Conseil d'analyse stratégique

5. Le Financement

En matière d'assurance-maladie, le maître mot du gouvernement est la « maîtrise des dépenses ».

L'une des raisons principales des difficultés de financement de la sécurité sociale serait l'impossibilité de maîtriser les objectifs de dépenses de l'assurance maladie, le fameux ONDAM⁴. Suivant les propositions d'un expert⁵, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 a prévu toute une panoplie de mesures pour limiter la croissance des dépenses d'assurance maladie.

C'est se tromper sur le diagnostic et sur les remèdes. Il est certes incontestable que depuis la création de la sécurité sociale, la croissance des dépenses de santé, et par voie de conséquence celle des dépenses d'assurance-maladie, a été supérieure à la croissance économique. Cela s'explique avant tout par la « révolution » médicale du milieu du 20^e siècle avec l'apparition des antibiotiques, puis des techniques d'imagerie et de réanimation modernes... Il convient de souligner que contrairement à une idée reçue, l'augmentation de l'espérance de vie n'a joué qu'un rôle secondaire dans ces évolutions, ne serait-ce que parce que l'espérance de vie en bonne santé est supérieure à l'espérance de vie moyenne.

Nous sommes ainsi confrontés d'abord à un choix de société : celui de la possibilité d'accès des citoyens au système de santé, tant du point de vue de la disponibilité physique (possibilité d'accéder aux soins au moment où on en a besoin) que de la possibilité économique d'accès (avoir les moyens financiers de se soigner).

- Comment financer cette augmentation des dépenses ?
- La poursuite de la tendance à la « marchandisation » d'une part croissante de l'offre de soins est-elle socialement acceptable ?

L'amélioration de l'organisation de notre système de soins constitue un pilier essentiel de la réponse aux besoins de financement croissants de l'assurance maladie.

D'un point de vue économique, cela pose plusieurs types de questions :

⁴Objectif national des dépenses d'assurance maladie

⁵ Rapport Briet

- Un rythme d'augmentation des dépenses de santé supérieur à celui de la richesse nationale est-il supportable à long terme ?

Les mesures « d'amélioration de l'organisation des soins » permettront de combler la plus grande partie des besoins de financement actuellement constatés.

Toutefois ils ne sauraient suffire, du fait du « sous financement » actuel du système, illustré notamment par la baisse de la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Ne pas aborder cette question serait accepter le fait que le reste à charge pour les patients augmenterait inéluctablement.

Les conséquences sociales de ces évolutions commencent à se manifester : l'augmentation très brutale de la part de la population déclarant avoir renoncé ou retardé des soins pour des raisons financières, la dégradation déjà sensible dans plusieurs études d'un certain nombre d'indicateurs de santé dans certaines zones et pour certaines populations.

Le besoin de recettes nouvelles est donc incontournable et doit trouver une réponse dans une réforme du mode de financement de la Sécurité sociale.

L'architecture du financement de la sécurité sociale doit donc être réformée en profondeur. Il faut réaliser une réforme du financement de la protection sociale qui contribue à créer des conditions favorables à une croissance riche en emplois. En d'autres termes, une structure de financement qui contribue à améliorer ce que les économistes appellent la « croissance potentielle à long terme ». Soulignons qu'il est pour nous essentiel que le financement de la sécurité sociale, et en particulier de l'assurance maladie, reste ancré dans l'entreprise. Nous récusons donc toute fiscalisation du financement de l'assurance maladie. Nous proposons cinq mesures principales :

5.1. Cinq propositions pour un financement solidaire et pérenne de la Sécurité sociale

5.1.1. Une « double modulation » des cotisations sociales « patronales ».

En modifiant les coûts relatifs du facteur travail et du facteur capital, cette proposition serait un levier puissant pour le développement de l'emploi, et contribuerait ainsi à augmenter la croissance potentielle à long terme de l'économie. Le principe vise, dans une branche donnée, à faire moins cotiser

les entreprises dont la masse salariale augmente et inversement. La cotisation patronale serait modulée suivant deux ratios. Le premier considère la masse salariale rapportée à la valeur ajoutée (lorsque la masse salariale augmente, le taux de cotisation diminue); le second rapporte les revenus financiers à la valeur ajoutée (lorsque le revenu financier de l'entreprise augmente, elle cotise relativement plus).

7.1.2. La remise en cause des exonérations de cotisations patronales.

Elles ont connu une croissance exponentielle depuis les années 90 et représentent aujourd'hui plus de 30 Mds € par an. Il convient de favoriser les entreprises de main d'œuvre, sans présenter les inconvénients des dispositifs actuels comme l'allégement unique des cotisations : créer un effet de trappe à bas salaires ; l'augmentation du coût salarial total étant supérieure à celle du salaire net, a dissuadé les employeurs d'accorder des augmentations de salaires. Sans attendre, il est nécessaire de mettre rapidement fin à l'absence de compensation des exonérations antérieures à 1994, qui génère une perte annuelle de recettes de 2 Mds € pour la sécurité sociale.

7.1.3. La création d'une contribution sociale assise sur les revenus financiers des entreprises

Incitant ces dernières à développer leurs investissements productifs, matériels comme immatériels (dépenses de formation en particulier).

7.1.4. L'institution d'un fonds de garantie des entreprises,

Afin de rembourser les impayés de cotisations qui occasionnent chaque année une perte de recettes pour le régime général de l'ordre de 2 Mds €. Ces impayés proviennent pour l'essentiel de très petites entreprises, très fragiles, qui ont moins de 10 salariés. Ce fond serait alimenté par une surcotisation à la cotisation patronale, dont le taux pourrait varier en fonction des impayés effectivement constatés (cette surcotisation s'apparenterait à une prime d'assurance). Il pourrait être géré par la caisse nationale chargée du recouvrement des cotisations (ACOSS).

Depuis le début des années 2000, les sommes attribuées au titre de l'intéressement de la participation et de l'épargne salariale ont crû en moyenne de 8%, quand celle de la masse salariale était au plus 3 fois moindre. Rappelons que les revenus des PEE sont déjà assujettis à la CSG et à la CRDS, et que le plan d'épargne retraite collectif (PERCO) est assujetti à une contribution sociale au profit du fonds de réserve des retraites.

7.2. Quelques arguments contre de mauvaises solutions

En revanche, tout en étant conscients du poids de la CSG dans le financement de l'assurance maladie, nous restons très réservés à son égard. En effet, la CSG n'a pas réellement une assiette plus large que les cotisations, puisqu'elle est assise à 88 % sur les salaires et les retraites, et seulement à 11 % sur les revenus financiers (en fait pour l'essentiel l'épargne des salariés). En outre, elle est la cause principale de la baisse des retraites déjà liquidées, depuis le début des années 90. Nous récusons donc la piste de son augmentation, et sommes particulièrement opposés à un alignement de la CSG des revenus de remplacement (retraites, prestations d'assurance-chômage, indemnités journalières d'assurance maladie) sur ceux des actifs.

Certains, comme l'économiste Thomas Piketty⁶, proposent de fusionner l'impôt sur le revenu et la CSG. Supprimer la CSG aboutirait à étatiser totalement la Sécurité sociale, à la ranger dans une catégorie budgétaire de l'Etat, d'où risque de mise en concurrence du budget de la sécurité sociale avec les autres budgets : défense, enseignement... Une réelle fragilisation de son financement s'organiserait, et ce, dans une période de crise structurelle profonde subie depuis 1991. Sans compter les autres conséquences sur l'équité des prestations sociales désormais placées sous tutelle directe des politiques gouvernementales et sur la contribution des entreprises à la solidarité nationale. Le risque de déresponsabilisation accrue des comportements et de césure entre les bénéficiaires de droits gratuits et contribuables lourdement sollicités. Ces derniers pourraient alors choisir de contourner les règles de citoyenneté sociale, en faisant par exemple appel aux assurances privées « *qui peut croire en la pérennité d'un système de santé financé par seulement 30% des français ? (...) pour rendre du pouvoir d'achat aux bas salaires, d'autres solutions existent. Pour peu qu'on les travaille sérieusement* »⁷.

⁶ Camille Landais, Thomas Piketty, Emmanuel Saez, Pour une révolution fiscale éditions du Seuil janvier 2011

⁷ Beau P., « Fusionner la CSG et l'impôt sur le revenu, le projet du PS ». *Espace social Européen*, n°756, février-mars 2006.

D'autres encore, proposent une TVA sociale. Cette TVA, qui n'a rien de social mais est plutôt une TVA « antisociale », n'est rien d'autre qu'un impôt indirect payé par le consommateur au travers d'un renchérissement des prix des biens et services qui consiste à transférer sur la consommation des ménages (donc les salariés et les retraités) une partie voire la totalité des cotisations sociales des entreprises. Comme ces cotisations sociales constituent en réalité un salaire socialisé, cette proposition consiste en fait à baisser les salaires. Les défenseurs de cette proposition en attendent une plus grande compétitivité et un renchérissement du coût des importations.. Un tel système serait générateur d'inégalités au détriment des populations modestes et défavorisées, sans aucune contrepartie en matière de créations d'emplois. On peut en effet escompter un ralentissement marginal des importations qui sera générateur d'inflation, donc de limitation de la consommation. Les emplois éventuellement gagnés seraient alors compensés par les emplois perdus faute de débouchés.

Outre l'inefficience de cette proposition en termes de progrès économique et social, elle induit, tout comme la fusion entre la CSG et l'impôt sur le revenu, le passage à un système de protection sociale centré sur la fiscalité.

En guise de conclusion provisoire...

Seule une démarche démocratique qui prend appuie en premier lieu sur l'ensemble des salariés et des citoyens avec leurs multiples formes de représentation, notamment syndicales et associatives, sur les politiques, puis sur les professionnels permettra de se donner les moyens d'une mise en œuvre pratique.

L'avis de chacun est nécessaire. Rien ne serait pire que de laisser les experts et les spécialistes décider dans ce domaine. Ils peuvent apporter leur expertise et leurs avis circonstanciés, mais ils n'ont pas plus de légitimité que tout un chacun à décider de l'organisation et du financement du bien public commun qu'est le système de santé.